

تحول در سازماندهی و طراحی بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستانهای مدرن امروز

آرزو احمدی دانیالی

دستگاه تنفسی بپذیرد.

بخش مراقبت‌های ویژه جراحی: بیماران بحرانی قبل از جراحی و بعد از جراحی را می‌پذیرد و بیمارانی که پیوند اعضا شده‌اند نیز در این بخش تحت مراقبت قرار می‌گیرند.

بخش مراقبت‌های ویژه قلب و عروق: برای بیماران پیوند قلبی، حمله قلبی یا قربانیان تصادفات با مشکلات قلبی و عروقی یا بیمارانی که از بخش کتتری‌زاسیون قلبی مرخص شده‌اند تخصیص یافته است.

بخش مراقبت‌های ویژه کودکان: به مراقبت کودکان از لحاظ پزشکی، جراحی و سایر عوارض درمانی می‌پردازد.

بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان: نوزادان نارس با نیاز به مراقبت را که با خطرات جدی مواجه‌اند تحت مراقبت قرار می‌دهد.

بخش مراقبت‌های ویژه از نظر مکانی نزدیک بخش اورژانس و اعمال جراحی قرار دارد، تا امکان دسترسی سریعتر به هنگام انتقال بیماران وجود داشته باشد.

تجهیزات عمده در سازماندهی بخش مراقبت ویژه عبارت است از: واحدهای الکترونیکی مراقبت از راه دور، که شامل نظارت بر اعمال حیاتی با

تاکید بر توجه بیشتر به بخش مراقبت‌های ویژه بیانگر این حقیقت است که بیمارستانها بیش از پیش به این بخش نیاز خواهند داشت. در سالهای اخیر، بسیاری از بیمارستانها، به تخت‌های بیشتری در بخش مراقبت ویژه مجهز شده‌اند.

در این بخش مراقبت پرستاری و تخصصی برای بیمارانی که زندگیشان در معرض تهدید قرار گرفته است، در نظر گرفته شده است.

انواع و اشکال عمومی و عمده بخش‌های مراقبت ویژه عبارتند از:

- (MICU) بخش مراقبت‌های ویژه داخلی
- (SICU) بخش مراقبت‌های ویژه جراحی
- (CCU) بخش مراقبت‌های ویژه قلب و

عروق

- (PICU) بخش مراقبت‌های ویژه کودکان

- (NICU) بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

بیمارستانها ممکن است بخش ویژه داخلی اعصاب، تومورشناسی و بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی نیز دارا باشند.

بخش مراقبت‌های ویژه داخلی: ممکن است بیماران را با مسائل خونریزی داخلی کلیه یا بیماری مزمن

ویژه باید بطور مستقیم به نور طبیعی دسترسی داشته باشد.

عوامل روانشناختی

بخش‌های مراقبت‌های ویژه زمان مشخصی برای کارهای جاری خود دارند.

صداهاى خارجى ناشى از دستگاه‌های تنفس مصنوعى و نیز صداهاى مداوم و متناوب ناشى از مانیتورها، نوعى فضای غیرواقعى تاریک و روشن بوجود مى‌آورند.

بیماران ممکن است، در حالت اغما و خواب و یا در حالت خیره به سقف باشند این بخش به فضای پر نور و پرسروصدا گرایش دارد. از این رو برای بیمار یا خانواده‌اى، استرس‌های عاطفی و هیجانی زیادى بوجود مى‌آید. بیماران و خانواده او پیوسته احساس ناامیدى دارند. بیمار مجبور است، برای نیازهای اساسی خود بر دیگران تکیه کند، که شامل دستشویی رفتن و غلت خوردن یا چرخیدن بر روی تخت است.

اعضای خانواده اغلب در مقابل بیمار تسلیم می‌شوند و زیر بار مسئولیت‌های مراقبت از بیمار احساس خستگی شدیدی می‌کنند.

خلوت و آرامش

حتی اگر بیمار در اتاق خصوصی نیز باشد، فراهم کردن مکانی، کاملاً خلوت و دور از دید دیگران برای استحمام، حائز اهمیت است. خانواده بیمار باید قادر باشند، با بیمار خود بدون آنکه دیگران، صحبت‌های آنها را بشنوند، ملاقات کنند به علاوه صدای صحبت سایر خانواده‌ها را نباید بشنوند.

تولیزیون و مانیتور برای بیماران و لوازم احیاء و حمایت از زندگی آنان می‌باشد.

تعداد پرستاران برای مراقبت از بیماران در حدود امکانات تعیین می‌شود، که معمولاً نسبت یک پرستار برای هر بیمار در نظر گرفته می‌شود.

این پرستاران از مهارت‌های تخصصی مهمی بهره‌مند می‌باشند و برای این منظور دوره آموزش لازم را گذرانده‌اند. در یک بررسی شتاب زده، مشخص شده است، که بخش مراقبت ویژه محیطی پرتنش را برای پرستاران ایجاد می‌کند.

بیشتر طرح‌های بخش مراقبت ویژه، امکان استفاده از پرستاران را که قادر به مشاهده بیماران و مانیتورها باشد فراهم می‌آورد.

طرح‌های نیمدایره‌ای اطراف ایستگاه پرستاری به طور مؤثری مورد استفاده قرار گرفته است. به این ترتیب چند اتاق کوچک اطراف مرکز پرستاری مستقر می‌باشد.

در بیمارستانهای قدیمی‌تر، بخش‌های مراقبت ویژه اغلب بزرگ و چند تخت‌خوابی می‌باشند، با این حال در بیمارستانهای مدرن، اتاق‌های خصوصی زیبا با سقف خاص به این بخش اختصاص یافته است، که ایستگاه پرستاری را نیز شامل می‌شود.

دو مورد از عمده‌ترین، مشکلات بخش‌های چند تخت‌خوابی، فقدان آرامش لازم و نبود پنجره برای هر بیمار است. تردیدی نیست که بدون دیدن منظره آسمان، تشخیص شب و روز مشکل است، به همین جهت میزان فعالیت بدن در ۲۴ ساعت در بیماران مختل می‌شود.

از سال (۱۹۷۷)، قانون فدرال در آمریکا مقرر داشته است، که هر تخت بخش‌های مراقبت‌های

آشنائی با واقعیت

بیماران در یک بخش مراقبت ویژه ممکن است، به سختی بتوانند، احساس واقعی درباره روزهای هفته، تاریخ روز یا فصل را داشته باشند.

بیمار باید قادر به دیدن ساعت و تقویم روزهای هفته باشد، هر چند که قرار دادن آن در کنار تخت بیمار مطلوب به نظر نمی‌رسد، زیرا برای بیمار دراز کشیدن به پشت در تمام روز بسیار خسته کننده است.

شاید بهترین راه حل معقول برای این مشکل توسط جوی فیشر^(۱) عکاس کالیفرنایی توضیح داده شده است.

مرکز پزشکی استنفورد نمی‌توانست از دو اتاق (ICU) استفاده کند، زیرا به دلیل مسدود شدن پنجره‌ها، که در اثر نوسازی ساختمان پیش آمد، جواز استفاده از (ICU) به بیمارستان داده نمی‌شد، و این وضعیت مشکلی برای بیمارستان به شمار می‌آمد.

بیمارستان مورد نظر با فیشر که با عکس‌های طبیعی‌اش شهرت دارد و عکس‌های او در مکان‌های بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، تماس گرفت و از او درخواست کرد، که آیا می‌توان برای حل مشکل پنجره‌های مصنوعی تعبیه کرد؟

نصب این پنجره‌ها در سال ۱۹۹۰ انجام و تحقیق یافت. پنجره پیشنهادی فیشر طوری بود که ظاهراً گذشت زمان را از طلوع تا غروب آفتاب نشان می‌داد و بوسیله یک زمان سنج اتوماتیک ۶۵۰ نور مجزا را که در هر ۲۴ ساعت تغییر وضعیت می‌یافت، هدایت می‌نمود.

تصویر در واقع عکس بزرگ شده‌ای از یک

اسلاید ۳۵ میلی‌متری بود. پشت اسلاید که به صورت یک جعبه نورانی در فرورفتگی دیوار قرار داشت، منظره گذشت زمان را به شکل واقعی و طبیعی نشان می‌داد.

پنجره یک چهارچوب پایه مانند و نرده‌های عمودی داشت. این وضعیت توهم و حالتی مصنوعی از طلوع خورشید را از یک سمت و غروب آن را از سمت دیگر نشان می‌داد. ضمناً تصاویر محیطی را نیز می‌شد بر حسب فصل تعویض نمود. به این ترتیب، تصاویر نصب شده بطور مناسبی، تغییرات فصل را نشان می‌داد.

در این کار آشنایی جغرافیایی حائز اهمیت است و نصب این پنجره چشم اندازی از منطقه پیرامون بیمارستان را برای بیمار قابل استفاده می‌سازد.

اصلاحات آتی و اقتباس از پنجره‌های طبیعی شاید تالو و بارقه‌ای از چشمک ستارگان، طلوع و غروب ماه به هنگام شب را در آسمان نشان دهد.

ابداع کننده این پنجره‌ها، امیدوار است که با استفاده از پروژه‌های ویدئوی تصویری، مدلی متحرک برای بوجود آوردن ابرهای متحرک و امواجی که بر ساحل برخورد می‌کنند را در معرض تماشا بگذارد.

اداره برنامه‌ریزی و توسعه بهداشت (Statewide) در کالیفرنیا در مورد استفاده از پنجره‌های مصنوعی در یک اتاق (ICU) به منظور رفع نیازمندی‌های روانی بیمار بطور موقت موافقت نموده است.

البته موافقت نهائی در زمینه استفاده از پنجره‌های مصنوعی بر اساس مطالعات و عکس‌العمل بیماران نسبت به پنجره‌های مصنوعی در آینده به عمل خواهد آمد.

از زمان اختراع این سبک فیشرفسارسات بسیاری برای طبیعی جلوه دادن محیط زیردریایی‌های هسته‌ای و مکان‌های مربوط به موشک‌های زیرزمینی و زنجیره‌های هتل مانند که برای طراحی سوئیت‌های مختلف انجام می‌شود، دریافت نموده است. بعلاوه در بیمارستان‌های روانی این پنجره‌ها، به صورت یک اصل مهم تحقیقاتی درآمده است. تا مشخص شود که آیا می‌توان در کاهش پرخاشگری کودکان و نوجوانان که در اتاقهای آرام و خلوت مستقر می‌باشند از دارو استفاده نمود؟

بیماران در یک بخش (ICU) اغلب در اثر اضطراب فراوان قادر به بیان نیازهای خود نیستند. بیماران این بخش غالباً به اندازه‌ای ناتوانند که قادر نیستند تا دکمه زنگ را برای احضار پرستار به صدا درآورند.

باید آنها را مطمئن کرد، که قادر به دیدن جایگاه پرستاران هستند و خود نیز توسط پرستاران قابل مشاهده‌اند.

آسایش و کنترل شخصی

آسایش کلمه‌ای نیست، که مناسبتی با بخش (ICU) داشته باشد. چراغهای روشن و فراوان، که اغلب در این بخش‌ها، تعبیه شده‌اند و نیز خوابهای آشفته ممکن است، مشکل آفرین باشد.

بیماران با تزریق داخل وریدی، لوله‌ها، دستگاه تنفسی مصنوعی و انواع دیگری از تجهیزات حمایت می‌شوند. اغلب آنها بدون کمک گرفتن از این وسایل، قادر به ادامه حیات نخواهند بود.

بدون یاری گرفتن از این وسایل وضعیت برای بیمار بسیار ناراحت‌کننده خواهد بود. زیرا بیماران اغلب

قادر به تغییر وضعیت خود نیستند.

چراغ باید جایی قرار گیرد، که روشنایی خیره‌کننده برای بیماری که در تخت خوابیده است، ایجاد نکند. اگر تلویزیون در دسترس باشد، باید در حالت درازکش به پشت قابل مشاهده باشد.

یک میز کوچک یا سه پایه، شب هنگام، باید در مکانی قرار گیرد، که بیمار بتواند، بدون نیاز به چرخش بدن به چپ و راست به آن دسترسی یابد. تلفن باید از فاصله‌ای کوتاه برای بیمار قابل دسترس باشد.

به چند دلیل، بخش‌های مراقبت ویژه، در ظاهر بسیار عجیب به نظر می‌رسند.

بطورکلی، رنگهای سیر و محرک و نیز رنگهای مشابه در خور و مناسب بیماران بدحال نیست. برخی از رنگ‌ها، فقط برای مشخص کردن تجهیزات بکار می‌رود.

پرده‌های رنگی مخصوص خواب، فرش و دیوارهای رنگی با حاشیه رنگی در اطراف فضای اتاق (نزدیک سقف) یا چوب‌های تزئینی می‌تواند، فضائی را که کمتر حالت خسته‌کننده دارد، برای بیمار ایجاد کند.

کنترل چراغها، درجه حرارت و رطوبت می‌تواند، سطح آسایش بیمار را به طرز چشمگیری افزایش دهد. متأسفانه در بسیاری از تسهیلاتی که برای بیمار در نظر گرفته می‌شود، توجه ناچیزی روی این موارد مبذول می‌شود.

ارتباطات

ارتباطات بویژه برای بیمارانی که بطور جزئی و یا کلی فلج و از کارافتاده شده‌اند، حائز اهمیت است. این بیماران ممکن است، از نظر روحی و روانی

اتاق ممکن است، با دیوارهای زیبا و جذاب برای بوجود آوردن یک حالت خصوصی برای اقامت همراهان پیش بینی شود.

یک آبدارخانه کوچک یا دستگاه توزیع قهوه باید مهیا گردد. به علاوه غذاهای مختصر مثل ساندویچ و بیسکویت باید در دسترس باشد. نیمکت‌های راحتی برای تکیه دادن یا خوابیدن اعضای خانواده بیمار باید تعبیه شود تا بتوانند استراحت کوتاه داشته، یا شب را راحتی در آسایش سپری کنند. ممکن است انباری برای نگهداری بالش و پتوها پیش بینی شود. حمام باید در نزدیکی اتاق با تلفن‌های همگانی راحت در نظر گرفته شود. هدف از این اعمال سعی و تلاش هر چه بیشتر برای ایجاد آرامش برای اعضای خانواده بیمار است.

اعضای خانواده بیمار باید قادر باشند، تا اطلاعاتی را درباره موقعیت بیمار خود دریافت کنند. یک داوطلب از پرسنل بخش (ICU) یا بیمارستان در سالن استراحت به کار گمارده می‌شود. تا کارهای خدماتی خانواده بیمار را انجام دهد.

از نظر سایر امکانات، این اتاق باید بوسیله حفاظ از راهروی بخش (ICU) مجزا شود تا ملاقات کنندگان بیمارستانی شاهد گریه و ناراحتی دیگر اعضای خانواده‌های غمگین نباشند.

یک کلیسا یا مسجد کوچک برای عبادت یا محلی برای حالت‌های سوگواری لازم است.

معمولاً طراحی اتاق، طوری است، که از آرامش کامل برخوردار است. به نحوی که همراهان می‌توانند در آن سوگواری کنند یا در خلوت نماز بگذارند.

هوشیار باشند ولی قادر به بیان اینکه به چیزی یا به چه کسی نیاز دارند، نباشند.

از گزارشات تلخی که در رابطه با این تجربه ثبت شده است، به خانم (سوبه‌یر)^(۱) که در تخت شماره ۱۰ بستری بوده مربوط می‌شود.

وی به طور ناگهانی و مرموز قربانی سندرم کشنده‌ای شد. بیمار مذکور مدت ۶ ماه در بخش مراقبت‌های ویژه، با هوشیاری ولی از نظر بدنی فلج سپری ساخت. وی قادر به بلع چیزی نبود، غذا نمی‌خورد و قدرت تنفس از وی سلب شده بود.

شرح حال او حاوی گزارش مهمی است، مبنی بر اینکه، بودن یک بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، چه معنی و مفهوم خاصی دارد.

حمایت خانوادگی

چنانچه یک صندلی راحت برای خانواده بیمار در کنار تخت بیمار، تعبیه شود، وی احساس آرامش بیشتری خواهد کرد.

دانستن این نکته مهم است، که برای اعضای خانواده بیمار امکانات لازم مهیا باشد، زیرا ممکن است برخی یک روز کامل را در (ICU) بگذرانند و ناگزیر در آنجا بخوابند. متأسفانه در بسیاری از بیمارستانها، این اتاق بسیار کوچک و نامناسب تعبیه می‌شود، این محل معمولاً شامل یک دستگاه تهویه کوچک، بدون پنجره با روشنایی ضعیف و درهم ریختگی خاصی است، بنابراین برای افراد نا آشنا احساس ناراحتی بوجود می‌آورد.

بهتر این است، که فضای اتاق همراه، به قدر کافی بزرگ باشد و به خانواده‌ها، این امکان را بدهد تا بتوانند در کنار هم باشند. نور غیرمستقیم با کنترل لازم و کم نور مطلوب‌تر خواهد بود.

بیماران ممکن است، احساس غربت و تنهایی کنند. اینان هر چند بسیار بیمار و رنجورند ولی در طول ساعات بیداری ممکن است، نگران خانواده، شغل و دارائی‌های خود باشند.

از زمانی که حال بیماران رو به بهبود می‌رود، خستگی و ملالت آغاز می‌گردد.

بخش ICU چیزی برای تماشا ندارد. بسیاری از بیماران، بخش را با خاطره‌ای مملو از شمارش تعداد اشیاء و کاشی‌های بالای سرشان ترک می‌کنند.

بیماران، آرزو دارند تا چیزهایی را برای تماشا، در روی سقف ببینند.

عجیب این است، که بیشتر بخش‌های مراقبت‌های ویژه، وسایل ثابتی مانند لامپ‌های فلورسنت دارند، که بطور دقیق بالای سر هر کدام از تخت‌ها، نصب شده است و نور ناراحت کننده‌ای را برای بیمار ایجاد می‌کنند.

صدا‌های مزاحم

قبلاً پیرامون اثرات دلهره‌آمیز سر و صدا بحث کردیم.

سر و صدا یکی از بزرگترین باز دارنده جدی برای التیام درد و بهبود بیمار است. سر و صدا عامل بزرگی برای تشویش‌های روانی به شمار می‌آید. عوامل مربوط به پیشگیری از سر و صدا باید قسیمی از مسئولیت یک برنامه درمانی باشد.

در کنار آن یک اتاق مشاوره پیش‌بینی می‌شود که محل خوبی برای گفتن خبرهای بد به افراد است. خانواده یا عیادت کنندگان بجای سالن انتظار یا راهرو می‌توانند از این اتاق استفاده کنند.

امنیت

مکان امن باید برای وسایل شخصی بیماران بخصوص در بخش‌های باز پیش‌بینی شود، که عیادت کنندگان معمولاً در اینجا رفت و آمد دارند و بیماران اغلب به قدر کافی هوشیار نیستند، تا قادر به مراقبت از وسایل و لوازم خود باشند.

اطمینان خاطر

بخش مراقبت‌های ویژه، با وجود وضعیت غربت فرد، امنیت را به بیماران هدیه می‌کند. بیماران می‌دانند، که بیشترین وسایل پیشرفته حیات بخش در دسترس کارکنان قرار دارد.

نتیجه بحث

بیماران و اعضای خانواده‌شان در بخش مراقبت‌های ویژه، در مورد مسائل مربوط به مرگ و میر با هم شریک و همدرد هستند، چرا که مرگ آشناترین مسئله‌ای است، که آنها در هر صورت به آن فکر می‌کنند. هر چیزی ممکن است برای خانواده بیمار و حتی خود ولی ناآشنا و گیج کننده باشد.

انعکاس رنگ

در بیمارستان وضعیت و رنگ پوست بیمار، بعنوان علامتی از وضعیت او مورد بررسی قرار می‌گیرد. وجود یرقان، سیانوز، یا انواع دیگر بیماری‌ها، این قبیل تشخیص‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. آیا رنگهائی مانند زرد یا آبی در دیوارها قابل استفاده هستند.

به هر حال این گونه، رنگها در وضعیت طبیعی و با کمیت خاصی می‌تواند روی دیوارها، پائین تخت یا اطراف حاشیه اتاق قابل استفاده باشد.

دسترسی کارکنان به بیماران

مداخله لحظه‌ای در بخش مراقبت‌های ویژه، یک مسئله اساسی است. در ظرف چندثانیه کادر پرستاری باید لوازم مورد نیاز را بدون چرخاندن بی‌مورد و برخورد با اثاثیه داخل اتاق به بالین بیماران برسانند. اغلب لوازم و تجهیزات مانند دستگاه رادیوگرافی سیار بالای سر بیمار انتقال می‌یابد.

عوامل روانی در بخش ICU یا (جنون ICU):

این وضعیت به علت از دست دادن حالت عادی و ایجاد توهم ناشی از عوارض دارویی، محرومیت از خواب و قطع ۲۴ ساعته جریان معمول در زندگی بیمار، از آنجایی که چراغ شبانه‌روز روشن است، ایجاد می‌گردد. بیماری‌های روانی (ICU) می‌تواند با ایجاد ارتباط با محیط خارج و هوای آزاد، کاهش پیدا کند. بنابراین تغییرات شبانه روزی با جداسازی سطح

تراز سقف از دیوار با تغییر رنگ یا حاشیه سازی رنگی و سطوح قابل دید منظم راه حل قابل توجهی به نظر می‌رسد. بیماری‌های روانی بخش (ICU) را شاید بتوان با وجود آوردن یک چشم انداز زیبا و کاهش صداها، محرک درمان یا از آن احتراز نمود.

ابتکار در بخش‌های مراقبت ویژه

مقاله‌ای که در سال (۱۹۹۰) در مورد یک نمونه (ICU) بوسیله "اولاندو دیاز ازکوی"^(۱) نگاشته شده است جالب توجه است.

طراحی این نمونه برای سمپوزیوم ملی درمان ارائه شده است. و هدف از آن طراحی یک اتاق بیمار مراقبت ویژه با استفاده از تکنولوژی در دسترس می‌باشد.

طراحی طبع زیبایی دارد، با این حال بعضی از طرحهای آن با مجوزها و ضوابط قانونی در تضاد است و انتقاداتی درباره تغییر نمونه‌های سنتی در مورد بی رنگی - نور ملایم و محیط خصمانه برانگیخته است.

نتیجه

برای کمک به درمان بیماران بخش‌های مراقبت ویژه توجه به نوع رنگ، نور، صدا و نیز نظارت بر اعمال و تغییرات وضعیت بیمار از راه دور، طراحی ویژه‌ای را می‌طلبد که تحولات مهمی در این زمینه انجام شده و در جریان تکمیل می‌باشد.